# Programa Educativo Individualizado (IEP)

(Normas III.I–III.K.; III.N.; y III.R. de la Junta Educativa del Estado de Utah)

Distrito/Escuela: Fecha de la reunión:

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento: Grado:

## Niveles actuales de logros académicos y desempeño funcional (PLAAFP)

* En el caso de estudiantes en edad escolar (de 5 a 22 años) describa ***cómo*** afecta la discapacidad del estudiante su participación y progreso en el plan de estudios de educación general.
* En el caso de estudiantes de preescolar de 3 a 5 años, describa ***cómo*** la discapacidad afecta su participación en las actividades adecuadas.

***NOTA:*** marque cada área como Lectura, Expresión escrita, Matemáticas, Comportamiento social, Transición, etc.

Área:

Niveles actuales (con datos):

Describa ***cómo*** afecta la discapacidad del estudiante su participación y progreso en el plan de estudios de educación general:

Área:

Niveles actuales (con datos):

Describa ***cómo*** afecta la discapacidad del estudiante su participación y progreso en el plan de estudios de educación general:

Área:

Niveles actuales (con datos):

Describa ***cómo*** afecta la discapacidad del estudiante su participación y progreso en el plan de estudios de educación general:

## El equipo del IEP consideró los siguientes factores especiales

* Necesidades de lenguaje para el estudiante con dominio limitado del inglés (Limited English Proficiency, LEP).

No es necesario adoptar medidas Las necesidades se tratan en el IEP

* Enseñanza sobre el uso de braille (incluidas las necesidades futuras del estudiante) para los estudiantes ciegos o con deficiencia visual. *Antes de decidir si un estudiante ciego debe utilizar el braille como el modo de lectura principal, el equipo del IEP debe recibir (mediante publicaciones o debates con usuarios e instructores competentes del sistema braille, o ambos) información detallada sobre el uso y la eficacia del sistema braille como medio de lectura, para poder tomar una decisión fundamentada con respecto al modo de lectura principal del estudiante.*

No se requiere enseñanza en braille La enseñanza en braille se aborda en el IEP

* Necesidades de comunicación del estudiante. Si el estudiante es sordo o tiene una deficiencia auditiva, considere las necesidades relativas al idioma y la comunicación, las oportunidades de comunicación directa con sus compañeros y el personal profesional en el idioma y la forma de comunicación del estudiante, el nivel académico y todas sus necesidades, incluidas las oportunidades de enseñanza directa en el idioma y la forma de comunicación del estudiante.

No tiene necesidades de comunicación Las necesidades se tratan en el IEP

* Servicios y dispositivos de tecnologías de apoyo para el estudiante en la escuela y, según el caso, en la casa del estudiante u otro entorno.

No se requieren tecnologías de apoyo Las tecnologías de apoyo se tratan en el IEP

* Intervenciones y apoyos para el comportamiento positivo, así como otras estrategias, para el estudiante cuyo comportamiento impide su aprendizaje o el de otros.

No se necesitan estrategias Las estrategias se tratan en el IEP; el equipo consultó el *Manual de asistencia técnica de las intervenciones para el comportamiento menos restrictivas de la Junta Educativa del Estado de Utah*

El estudiante tiene una discapacidad cognitiva considerable y recibe enseñanza a nivel del grado, según los estándares básicos de Utah, a través del apoyo de los estándares de logros alternativos de Utah (es decir, elementos esenciales).

## Objetivo anual cuantificable n.°

Descripción de los puntos de referencia u objetivos a corto plazo (***NOTA:*** *si un estudiante participa en estándares de logros alternativos a nivel del grado [es decir, elementos esenciales], esto es* ***obligatorio***):

Condiciones en las que se cumplirá el objetivo (cuándo, dónde, cómo):

Comportamiento social o académico observable (qué hará el estudiante):

Criterios (qué se espera, en términos razonables, que logre el estudiante):

### ¿Cómo se medirá el progreso del estudiante hacia el objetivo n.° ?

Evaluación según el plan de estudios  Observaciones del comportamiento  Lista de control

Puntajes de las pruebas  Otros (especificar):

### ¿Cuándo se informará a los padres del progreso del estudiante hacia el objetivo n.° ?

Cada semana  Cada trimestre  Cada cuatrimestre  Junto con la emisión de los boletines de notas  Otros (especificar):

### Informes del progreso con respecto al objetivo anual n.°

Fecha:

Datos:

Fecha:

Datos:

Fecha:

Datos:

## Objetivo anual cuantificable n.°

Descripción de los puntos de referencia u objetivos a corto plazo (***NOTA:*** *si un estudiante participa en estándares de logros alternativos a nivel del grado [es decir, elementos esenciales], esto es* ***obligatorio***):

Condiciones en las que se cumplirá el objetivo (cuándo, dónde, cómo):

Comportamiento social o académico observable (qué hará el estudiante):

Criterios (qué se espera, en términos razonables, que logre el estudiante):

### ¿Cómo se medirá el progreso del estudiante hacia el objetivo n.° ?

Evaluación según el plan de estudios  Observaciones del comportamiento  Lista de control

Puntajes de las pruebas  Otros (especificar):

### ¿Cuándo se informará a los padres del progreso del estudiante hacia el objetivo n.° ?

Cada semana  Cada trimestre  Cada cuatrimestre  Junto con la emisión de los boletines de notas  Otros (especificar):

### Informes del progreso con respecto al objetivo anual n.°

Fecha:

Datos:

Fecha:

Datos:

Fecha:

Datos:

## Objetivo anual cuantificable n.°

Descripción de los puntos de referencia u objetivos a corto plazo (***NOTA:*** *si un estudiante participa en estándares de logros alternativos a nivel del grado [es decir, elementos esenciales], esto es* ***obligatorio***):

Condiciones en las que se cumplirá el objetivo (cuándo, dónde, cómo):

Comportamiento social o académico observable (qué hará el estudiante):

Criterios (qué se espera, en términos razonables, que logre el estudiante):

### ¿Cómo se medirá el progreso del estudiante hacia el objetivo n.° ?

Evaluación según el plan de estudios  Observaciones del comportamiento  Lista de control

Puntajes de las pruebas  Otros (especificar):

### ¿Cuándo se informará a los padres del progreso del estudiante hacia el objetivo n.° ?

Cada semana  Cada trimestre  Cada cuatrimestre  Junto con la emisión de los boletines de notas  Otros (especificar):

### Informes del progreso con respecto al objetivo anual n.°

Fecha:

Datos:

Fecha:

Datos:

Fecha:

Datos:

## Servicios necesarios para que el estudiante progrese hacia los objetivos anuales y participe y progrese en el plan de estudios general

* Servicios basados en la investigación por expertos en la medida de lo posible.
* Los servicios que cubre Medicaid, por lo general, figuran en la sección Servicios relacionados, pero se pueden encontrar en la sección Servicios de educación especial, como se indica en el [Manual de proveedores de servicios del desarrollo de habilidades en la escuela de Medicaid Utah](https://medicaid.utah.gov/Documents/manuals/pdfs/Medicaid%20Provider%20Manuals/School-Based%20Skills%20Development/School-BasedSkillsDev7-20.pdf) (42 USC § 1396b.(c); 34 CFR § 447).

**Lugar:** G = clase de educación general; E = clase de educación especial con recurso; O = otro.

**Frecuencia:** D = diaria; S = semanal; M = mensual; O = otra.

### Servicios de educación especial (contenido de la enseñanza especializada)

(p. ej., comprensión lectora, cálculo matemático, habilidades sociales)

**Servicio**

1.

**Lugar**

G E O:

**Cantidad de tiempo**

**Frecuencia**

D S M O:

2.

G E O:

D S M O:

3.

G E O:

D S M O:

4.

G E O:

D S M O:

5.

G E O:

D S M O:

### Servicios relacionados

(Si es necesario que el estudiante reciba los beneficios de la educación especial)

**Servicio**

1.

**Lugar**

G E O:

**Cantidad de tiempo**

**Frecuencia**

D S M O:

2.

G E O:

D S M O:

3.

G E O:

D S M O:

4.

G E O:

D S M O:

¿Se proporcionará transporte como un servicio relacionado? Sí No

## Modificaciones al programa o apoyo al personal de la escuela, o ayudas y servicios suplementarios al estudiante o en nombre de este en los programas de educación regular o especial

**Adaptaciones, modificaciones, apoyo, ayuda o servicios suplementariosFrecuencia**

1.

D S M O:

2.

D S M O:

3.

D S M O:

4.

D S M O:

5.

D S M O:

6.

D S M O:

Fecha de inicio prevista de estos servicios, si no es la fecha del IEP:

Duración anticipada de los servicios: Un año desde la fecha de inicio

Otra:

## Plan de estudios regular, actividades extracurriculares y no académicas

Excepto en los horarios de las clases de educación especial y otros casos indicados arriba, el estudiante participará en clases regulares, incluida educación física, actividades extracurriculares   
y no académicas en la misma medida que los estudiantes que no tienen discapacidades u otras excepciones (especifique y explique):

## Participación en evaluaciones a nivel escolar y estatal (consulte el anexo Evaluación)

El equipo del programa educativo individualizado (Individualized Education Program, IEP) debe establecer cómo participará el estudiante en las evaluaciones a nivel escolar y estatal. Si el equipo del IEP resuelve que el estudiante debe realizar una evaluación alternativa a la evaluación de desempeño regular estatal o distrital, incluya una declaración en la que indique el motivo por el   
que el estudiante no puede participar en la evaluación regular y la evaluación alternativa seleccionada es la adecuada para este.

## Año escolar extendido (ESY)

Los servicios de año escolar extendido (Extended School Year, ESY) son servicios de educación especial o servicios relacionados que se proporcionan a un estudiante con discapacidad además del año escolar normal, conforme al IEP del estudiante, sin costo para los padres o el estudiante adulto, y cumplen con los estándares de R277-751 y el manual de asistencia técnica de ESY. Estos servicios se prestan cuando el equipo del IEP establece que los servicios son necesarios para proporcionar educación pública, adecuada y gratuita (Free Appropriate Public Education, FAPE) al estudiante.   
Si el equipo del IEP establece que el estudiante es elegible para recibir los servicios de ESY, se proporcionará una notificación previa por escrito de los servicios de ESY a los padres o al estudiante adulto.

El estudiante necesita los servicios de ESY, consulte el documento adjunto sobre año escolar extendido [ESY]

El estudiante no necesita los servicios de ESY

La decisión se deberá registrar antes del final del año escolar actual, Se agregará un adjunto de año escolar extendido (Extended School Year, ESY) al Programa de educación individualizado (Individualized Education Program, IEP) en el momento de la decisión

## Revisión anual de la colocación

colocación inicial (proporcionar a los padres o al estudiante adulto una notificación previa por escrito y el consentimiento para la colocación inicial en el programa de educación especial); ***O***

mantener la colocación actual; ***O***

cambiar la colocación actual (proporcionar a los padres o al estudiante adulto una notificación previa por escrito del cambio de colocación en el programa de educación especial).

## Notificación previa por escrito

Los padres y los estudiantes adultos deben recibir una notificación previa por escrito en un lenguaje comprensible para el público general, en su idioma nativo u otra forma de comunicación antes de que la agencia local de educación (Local Education Agency, LEA) proponga o se rehúse a iniciar o modificar la identificación, evaluación o colocación educativa del estudiante/suya, o la provisión de servicios de educación pública, adecuada y gratuita (Free Appropriate Public Education, FAPE) al estudiante/a usted (Normas IV.C. de la USBE).

Las Garantías Procesales de la Parte B de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) le proporcionan protección. Si no posee una copia, puede solicitarla al docente de educación especial. Si tiene preguntas sobre esta notificación o las Garantías Procesales, comuníquese con el director o el docente de educación especial.

**Debemos informarle que es posible que la escuela solicite el reembolso de Medicaid por los servicios médicos relacionados que se proporcionen a su hijo. Esto no afectará de ninguna manera las prestaciones que usted pueda tener a través de Medicaid u otro proveedor de seguros (Normas VIII.L.7.b.(5) de la Junta Educativa del Estado de Utah [Utah State Board of Education, USBE]).**

Su idioma nativo u otra forma de comunicación **no es** un idioma escrito.

**Por lo tanto:**

La notificación se tradujo oralmente o por otros medios a su idioma nativo u otra forma de comunicación el [fecha]: y estuvo a cargo de [persona]: **Y**

Usted verificó con el traductor o intérprete que comprende el contenido de esta notificación.

¿Se proporcionaron los servicios de un traductor o intérprete para permitir que los padres o el estudiante adulto participen en la reunión del IEP?

No, no fue necesario contar con un traductor o intérprete

Sí (el traductor o intérprete debe firmar abajo como participante)

El equipo del IEP propone implementar este programa, según las necesidades del estudiante, como se registra en las secciones Niveles actuales de logros académicos y desempeño funcional, y Factores especiales de este documento, representando la educación pública, adecuada y gratuita que recibirá el estudiante.

Se propusieron las siguientes medidas:

Se propusieron las medidas por los siguientes motivos (incluya los datos consultados como fundamento de las medidas):

Se rechazaron las siguientes medidas:

Se rechazaron las medidas por los siguientes motivos (incluya los datos consultados como fundamento de las medidas):

Se consideraron y rechazaron las opciones indicadas a continuación por los siguientes motivos:

Otros factores relacionados con esta propuesta del IEP:

***NOTA*:***Cada docente y proveedor de servicios debe conocer sus responsabilidades específicas relacionadas con la implementación de este IEP, así como las adaptaciones, modificaciones y asistencias específicas que se deben proporcionar al estudiante en conformidad con el IEP.*

## Con las firmas a continuación se indica la participación del equipo del IEP y se acusa recibo de una copia

Padre, madre o estudiante adulto Fecha Representante de la LEA Fecha

Estudiante menor de edad Fecha Docente de educación regular Fecha

Docente de educación especial Fecha Firma y cargo Fecha

Firma y cargo Fecha Firma y cargo Fecha

**Nota:** Si falta la firma del padre, de la madre o del estudiante adulto, esto significará que:

no asistieron (documentar los intentos de involucrarlos); **O**

participaron por teléfono, videoconferencia u otros medios; **Y**

se les envió por correo una copia de este documento el [fecha]: